UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 88

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES FONCTIONS D'INTERNE

DANS LES

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juillet 1913

PAR

Paul LUCE

Né à La-Haye-du-Puits (Manche), le 24 février 1886

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 14
LIBRARY

Examinateurs de la Thèse

MAIRET, *Président.*
TÉDENAT, Professeur.
LAGRIFFOUL, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIERE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

LES FONCTIONS D'INTERNE

DANS LES

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 88

FACULTÉ DE MÉDECINE

LES FONCTIONS D'INTERNE

DANS LES

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juillet 1913

PAR

Paul LUCE

Né à La-Haye-du-Puits (Manche), le 24 février 1886

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

MAIRET, *Président.*
TÉDENAT, Professeur.
LAGRIFFOUL, Agrégé.
EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone: 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HÉDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. MAIRET, Président.	MM. LAGRIFFOUL, Agrégé.
TÉDENAT, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

En témoignage de ma grande affection.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

P. LUCE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

P. LUCE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMANT

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIMON

MÉDECIN ADJOINT DE L'ASILE D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON

P. LUCE.

Au terme de nos études médicales, nous sommes heureux d'exprimer notre reconnaissance à tous les maîtres dont nous avons suivi l'enseignement au cours de ces dernières années.

A nos professeurs dans les hôpitaux de Rouen, MM. les docteurs François Hue, Dévé, Bataille, Martin, Jeanne, Longuet, V. Rocher nous adressons ici nos sincères remerciements.

Que M. le professeur Tédenat nous permette de lui exprimer notre gratitude pour l'accueil si bienveillant qu'il nous fit pendant notre séjour à Montpellier.

Nous remercions MM. les professeurs Tédenat, Lagriffoul et Euzière d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

M. le professeur Mairet nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de bien vouloir agréer nos sentiments de respectueuse et vive reconnaissance.

Nous sommes enfin particulièrement heureux de pouvoir remercier publiquement M. le docteur Lalle-

mant et M. le docteur Simon, nos maîtres à l'Asile St-Yon, qui ont inspiré ce travail.

M. le docteur Lallemant nous accueillit il y a deux ans bientôt avec une bonté parfaite. Il n'a depuis jamais manqué de donner en toute occasion à notre inexpérience le conseil précis d'un homme averti et d'un clinicien autorisé. Qu'il nous permette de lui exprimer avec notre gratitude le désir que cette influence se continue longtemps encore.

M. le docteur Simon guida nos débuts à l'Asile avec une patience et une bienveillance à toute épreuve, et par la simplicité et la clarté de sa méthode nous donna le goût de l'aliénation; qu'il permette à son élève de le remercier bien sincèrement et d'espérer qu'il voudra bien lui donner toujours l'appui de ses précieux conseils.

LES FONCTIONS D'INTERNE

DANS LES

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

INTRODUCTION

Le règlement du 20 mars 1857 relatif à l'organisation intérieure des asiles publics d'aliénés a fixé comme il suit les obligations des internes en médecine de ces établissements.

Section XIII. — Elèves internes

Article 88. — Les élèves internes secondent le médecin en chef et le médecin adjoint.

Article 89. — Ils restent en exercice pendant trois ans.

Ils peuvent se faire recevoir docteurs en médecine dans cet intervalle, sans être forcés de renoncer à leurs fonctions.

Une prolongation de la durée de l'internat pour une ou plusieurs années peut être accordée par le préfet sur la demande du directeur et du médecin en chef.

Article 90. — Le service des élèves internes est quotidien et périodique.

Article 91. — Le service quotidien comprend :

1° L'assistance à la visite du matin ;

2° La tenue des cahiers de visite, du cahier de la pharmacie, et du cahier des notes pour les observations ;

3° Les pansements ;

4° La rédaction des observations individuelles.

La répartition de ces obligations par les internes est réglée par le médecin en chef.

Article 92. — Le service périodique comprend :

1° Le service de garde pendant 24 heures ;

2° L'administration des médicaments dangereux ;

3° L'administration des douches et la surveillance des bains d'affusion ;

4° L'exécution des prescriptions médicales qui ne peuvent être confiées aux infirmiers et aux infirmières ;

5° L'assistance à la visite du soir ;

6° La constatation des décès.

Article 93. — Chacun des internes est chargé à tour de rôle du service périodique.

L'interne de garde ne peut se faire remplacer par un autre interne que sur l'autorisation écrite du médecin en chef approuvée par le directeur.

De... heures du matin à... heures du soir, il séjourne dans la salle de garde, et de... heures du soir à la visite du lendemain dans sa chambre.

S'il vient à sortir de la salle de garde ou de sa chambre, il indique sur un tableau à ce destiné le lieu dans lequel il s'est rendu.

Article 94. — L'interne de garde est appelé à donner les premiers secours aux malades en cas de besoin ; mais il lui est interdit de prescrire des douches et des bains d'affusion ; la prescription en est exclusivement réservée aux médecins.

Toutes les fois qu'un accident grave se présente, il est tenu d'en faire immédiatement avertir le médecin en chef et le directeur.

Tout un article du même règlement est en outre consacré à préciser les indications relatives à la prise des observations.

Article 64. — Le médecin en chef fait rédiger et tenir au courant par les élèves internes, sous la surveillance du médecin adjoint, des observations individuelles, comprenant pour chaque aliéné l'indication du nom, des prénoms, du sexe, de l'âge, du lieu de naissance et de domicile, de la profession, du jour de l'entrée, de la sortie ou du décès; l'abrégé historique de la maladie, l'indication de ses causes, le mode de sa terminaison, l'exposé sommaire du traitement ainsi que le résultat de l'autopsie en cas de décès.

La rédaction des observations courantes est également confiée aux élèves internes; le médecin en chef leur remet à cet effet les notes prises à la visite de chaque jour.

Les observations terminées par la sortie ou par la mort sont réunies et reliées en volume à la fin de chaque année et déposées dans les archives.

On peut ajouter à ces dispositions ce qui concerne les autopsies.

Article 66 relatif aux autopsies. — Les autopsies seront faites par le médecin en chef qui pourra se faire suppléer par le médecin adjoint. Le médecin qui procédera ou présidera à l'autopsie en dictera immédiatement le procès-verbal à l'un des élèves présents et y apposera sa signature...

On voit par là les différentes obligations qui incombent à l'interne d'Asile. Nous nous proposons dans ce travail de les reprendre successivement en insistant surtout sur celles de ces obligations qui comportent des indications particulières.

COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
17 FEB 14
LIBRARY

CHAPITRE PREMIER

ASSISTANCE A LA VISITE, PANSEMENTS, etc.

L'assistance à la visite, la tenue des cahiers de pharmacie, l'application des pansements, l'administration des douches, la pratique des autopsies sont communes aux asiles et aux hôpitaux et s'y présentent de façon presque identique, ou tout au moins ne comportent que des indications spéciales peu nombreuses. Nous serons par suite assez bref sur ce sujet.

Pendant la visite, par exemple, on surveillera l'attitude des aliénés qu'on sait susceptibles d'être animés d'intentions malveillantes, afin de prévenir toute surprise fâcheuse. Si le médecin s'arrête à causer avec un malade on ne négligera pas de faire attention aux autres malades qui l'écoutent où l'entourent; ces recommandations ont surtout leur importance dans les services d'hommes; elles sont valables pour le personnel infir-

mier, mais il est préférable qu'elles soient observées par tous.

On se souviendra de même que les aliénés ne se plaignent bien souvent pas des troubles physiques qu'ils éprouvent ; il faut donc les deviner chez eux, les apercevoir en passant, être attentif pour cela aux moindres expressions de souffrance des physionomies, aux accès de toux qu'on peut entendre, aux amaigrissements progressifs qu'on peut reconnaître. Sans doute, la visite médicale a déjà en partie le même objet. Dans nos asiles particulièrement encombrés, il n'est cependant pas inutile qu'une action d'ensemble s'exerce dans le même sens. C'est la seule manière de ne pas laisser échapper des affections aiguës, des débuts de tuberculose, parfois même des étranglements herniaires que, faute d'être averti, on ne découvrirait que trop tardivement, tellement les réactions en sont atténuées.

Il nous reste enfin à signaler un dernier point, à savoir l'attention à porter sur les contusions que le personnel infirmier, craignant une réprimande même lorsqu'elles proviennent de la chute d'un malade, est trop souvent porté à dissimuler.

En ce qui concerne les pansements et les douches, ils ne comportent en eux-mêmes rien de particulier. Toutefois, bien souvent encore, en raison de la nature même des malades traités, l'intervention de l'interne est, dans les asiles, plus indispensable que dans les services ordinaires de chirurgie : on se heurte en effet à des refus, à des oppositions dont une autorité médicale triomphe plus facilement.

CHAPITRE II

PRISE ET RÉDACTION DES OBSERVATIONS

On a vu par le nombre des articles du Règlement de 1857 qui se rapportent à ce sujet, le souci que les rédacteurs apportaient à ce que les malades fussent suivis au point de vue médical, et suivis de très près.

Or il y a quelqu'un qui a besoin de prendre ces observations en détail :

C'est l'interne. Tandis que le médecin qui sait son métier n'y verrait souvent que la répétition fastidieuse de symptômes banaux, l'étudiant qui doit apprendre l'aliénation ne peut que bénéficier de cette discipline.

En passant par exemple, nous émettons ici un vœu. Si l'on désire que ces observations restent dans les archives, et c'est un désir légitime, il conviendrait que ce soit une copie qu'on y rencontre. Tout interne travailleur tiendra à conserver la collection des observations qu'il aura recueillies ; et ajoutons que tout médecin voudra aussi souvent conserver celles qu'il aura

lues. C'est à ces documents qu'on se reporte sans cesse quand on compare des cas difficiles aux souvenirs qu'on a conservés. On préfèrera toujours d'autre part les notes de son écriture à une copie quelconque. Mais on voit la difficulté d'assurer de façon satisfaisante un pareil travail. Il y a là des obstacles matériels qui paraissent expliquer que, dans les hôpitaux mêmes, on ne rencontre pas de registres d'observations malgré l'intérêt évident que cela pourrait présenter : historique des épidémies, malades qui se présentent plusieurs fois dans un service, etc. Un procédé d'écriture qui donnerait simultanément plusieurs textes comme on obtient déjà aujourd'hui plusieurs signatures, ou un système de presse à copier serait bien à souhaiter.

Quelles sont donc les notes que l'interne pourra prendre et comment convient-il qu'il les prenne ? Nous allons résumer ici les conseils qu'on a donnés à cet égard, pensant qu'ils pourront être utiles à nos jeunes collègues.

Les notes sur un aliéné doivent comporter deux parties :

1° Tout un ensemble de documents que nous allons énumérer :

2° Une observation rédigée.

I. — Documents

Les documents que recueillera l'interne seront de plusieurs espèces :

1° Examen du malade à son entrée.

2° Interrogatoire des personnes qui amènent le malade.

3° Notes sur l'interrogatoire du médecin.

4° Examen direct du malade.

5° Interrogatoire des parents.

6° Notes diverses.

En outre il utilisera :

1° Le dossier du malade.

2° Les notes qu'on a l'habitude de demander aux infirmiers dans chaque service.

3° Les lettres.

1° Examen du malade à son entrée

L'interne de garde doit voir tout malade qui arrive. Il ne s'agit pas là d'un examen complet, mais d'un examen sommaire et en quelque sorte somatique. Qu'il en consigne toutefois les résultats. Le but de cet examen n'est pas en effet de concourir à l'observation proprement dite, mais de permettre de remplir les premières indications d'urgence. Il serait à souhaiter que cette première fiche soit remise au rapport de la contre-visite avec la note habituelle.

Rappelons brièvement les points qu'il convient de relever à ce moment :

L'état de propreté du malade.

On s'assurera qu'il n'est pas atteint d'une affection parasitaire quelconque, la gale par exemple, afin d'éviter une dissémination d'autant plus facile qu'à l'asile les voisins du malade se défieront moins.

L'examen attentif d'une éruption possible préviendra la contagion.

On relèvera soigneusement les plaies ou les contusions, leur localisation, leur nombre, leur aspect, leur date probable.

Enfin, d'une manière générale, on notera toutes les constatations relatives à l'état physique de l'entrant pour lui donner immédiatement les soins qu'il réclame.

2° Interrogatoire des personnes qui amènent le malade

Il existe deux modes de placement : le placement d'office et le placement volontaire.

Dans les conditions ordinaires, la première précaution est de s'assurer de l'identité du malade et de demander son nom.

Parcourez ensuite le certificat médical de placement. Vous y trouverez, parfois, le nom de la maladie, puis l'énoncé de quelques symptômes et, ce qui est immédiatement important, les principaux actes déjà commis par le malade : violences, refus d'alimentation, tentatives de suicide... Vous préviendrez alors l'infirmier des réactions dont il aura à se défier.

Pour le placement volontaire, le malade est amené par ses parents.

On peut être, alors, tenté de les interroger sur leur malade et sur l'histoire de son affection. Les conditions à ce moment ne sont toutefois pas très favorables. Les parents sont alors le plus souvent dans un état d'émotion qui ne leur permet pas de bien rassembler leurs souvenirs. Toute leur attention est prise par la séparation prochaine. Ils écoutent avec distraction des questions qui leur paraissent même souvent presque indiscrètes. L'atmosphère ne convient pas à une étude soi-

gneuse. Il est préférable de se borner à quelques questions, les mêmes que l'on poserait si le malade était amené par un infirmier quelconque.

Demandez d'abord pourquoi on n'a pas tout simplement gardé ce malade à l'hôpital? Etait-il tuburlent? Et comment se manifestait sa turbulence? Menaçait-il ses voisins? Les a-t-il frappés? Ou bien pleurait-il et disait-il qu'il valait mieux en finir et se tuer? A-t-il essayé de le faire, et comment? A-t-il eu des accidents convulsifs? Comment dormait-il? etc...

Pourquoi, d'autre part, était-il à l'hôpital? Quelle maladie avait-il?

S'il s'agit d'une femme, informez-nous en outre si elle ne venait pas d'accoucher récemment.

Ces renseignements sont urgents à connaître. On les obtient sans peine. Il faut remettre à plus tard un interrogatoire plus soigné en fixant au besoin un rendez-vous.

3° Résumé du premier interrogatoire médical

Le médecin qui voit un entrant ne se propose pas d'en faire une observation complète. Il lui faut avant tout reconnaître si l'individu est réellement aliéné. Il cherche quelques symptômes de son aliénation et quelques-unes des réactions qui motivent le placement, afin d'éviter une séquestration arbitraire et de pouvoir établir son certificat administratif. Quelques médecins s'efforcent en outre de parvenir à une précision plus grande et de fixer leur diagnostic. Mais ce souci n'est pas constant à ce moment; d'une part, il n'apporte souvent que peu de chose de plus au traitement; d'autre part, certains tiennent les classifications pour si artifi-

ficielles qu'ils estiment inutile tout travail ayant pour effet de faire entrer un cas particulier dans un cadre déterminé. Quoi qu'il en soit, il s'échange là une attitude et quelques paroles. L'interne les consignera en passant.

4° Observation proprement dite

Voici le chapitre de beaucoup le plus important pour nous. Tout le reste ne constitue guère que des travaux d'approche ; un premier aspect du malade à l'occasion des premiers contacts.

Nous diviserons cette partie en deux chapitres conformément à l'usage classique : Examen mental et examen physique.

EXAMEN PHYSIQUE

Nous ne dirons que peu de mots de l'examen physique et c'est pourquoi nous en traitons d'abord. Mais en pratique cet examen est plus aisé quand on a fait déjà connaissance avec l'aliéné. Une excellente mesure, et qui le facilite, est celle qui consiste à laisser au lit tout malade entrant. Ce n'est guère que dans ces conditions qu'on peut faire un *examen complet*. Nous croyons inutile de donner ici une liste des chapitres à passer en revue, puisque tous les organes et tous les appareils doivent être examinés. Mention particulière doit être faite du système nerveux, de l'état des yeux, de l'articulation de la parole, de la ponction lombaire. Mais ce erait évidemment une faute de négliger l'examen des

urines ou du foie sous prétexte que des symptômes sont plus fréquents dans d'autres appareils.

On trouvera dans les différents manuels des plans dont on pourra utilement s'inspirer.

EXAMEN MENTAL

Ce sont les questions à poser qui en général embarrassent l'étudiant. Voilà un plan de conversation qu'on nous a recommandé.

La conversation doit comporter une enquête complète sur les sujets suivants :

1° Il faut faire connaissance avec le malade. On posera donc un interrogatoire d'*identité :*

— Monsieur ?
— Vous vous appelez ?
— Votre prénom ?
— Et quel âge avez-vous ?
— Pouvez-vous me donner votre date de naissance ?

On explorera de même l'*hérédité :*

— Avez-vous encore vos parents ?
— Votre père vit-il ?
— Et sinon de quoi est-il mort ?
— A quel âge est-il mort ?
— Y a-t-il longtemps que vous l'avez perdu ?
— Quel métier faisait-il ou fait-il ?
— Buvait-il ou boit-il ?
— A-t-il été placé dans une maison d'aliénés ?

Mêmes questions ensuite relativement à la mère de notre malade. Puis on passe aux frères et sœurs.

— Etes-vous seul d'enfants?
— Combien avez-vous été ?
Etc., etc.

Il s'agit de fixer avec le plus de précision possible l'entourage, le milieu familial où le malade a vécu.

2° Vie personnelle du malade :

— Est-il allé à l'école et jusqu'à quel âge ?
— Fréquentait-il l'école régulièrement ?
— Etait-il bon élève ?
— A-t-il obtenu le certificat d'études ?
— Après l'école qu'a-t-il fait ?

et vous passez en revue les différentes hypothèses possibles.

— Est-il resté chez ses parents ?
— A-t-il été placé ?
— Quel métier a-t-il fait ?
— A-t-il fait plusieurs places ?
— Combien gagnait-il dans chacune ?

S'il s'agit d'un homme, le temps du service militaire sera l'objet de quelques questions.

Enfin vous abordez la question du mariage :

— A quel âge et à quelle date a-t-il eu lieu ?
— Que faisaient le mari ou la femme ?
— Y a-t-il eu des enfants ?
— Comment furent-ils élevés ?
— Que font-ils à présent ?

3° Maladie actuelle. — Une première question préalable :

— Est-ce la première fois que vous venez dans une maison comme celle-ci ?

Relativement à l'histoire de la maladie et à l'état actuel, il est nécessaire que l'étudiant soit prévenu de ce qu'il doit chercher.

On se préoccupera d'abord de la date de l'arrivée. On établira les circonstances dans lesquelles elle s'est produite. C'est une enquête facile à mener.

— Qui vous a amené ?
— D'où veniez-vous ?
— Quelle explication vous a-t-on donnée ? etc.

En second lieu, le malade a-t-il conscience de ses troubles ? Si oui, la tâche peut être évidemment très simplifiée.

— Etes-vous souffrant depuis quelque temps ?
— Que ressentez-vous ? etc...

En troisième lieu on interrogera la conduite du malade pendant ces derniers temps et par là nous supposons des questions sur les sujets suivants :

1° *Le métier ou le ménage.*

Le métier.

— A quelle époque avez-vous cessé votre travail ? (Faire préciser avec soin la date).

— Pouquoi l'avez-vous cessé ? Vous a-t-on renvoyé de votre place, où l'avez-vous quittée spontanément ?

— Vous avait-on fait des reproches sur la façon dont vous travailliez (faire expliquer par le malade le travail qu'il faisait, imaginer les fautes possibles et lui demander s'il les commettait), etc.

Le ménage.

Passer en revue les différentes occupations d'une femme dans sa journée (soins de sa personne, soins de sa maison, marché et commissions, repas, surveillance des enfants, etc.), et se rendre compte comment ces occupations étaient accomplies.

2° *Les emportements.*

Demander, s'il y a eu des discussions, des scènes de violence, soit avec les proches ou l'entourage immédiat ou avec les voisins.

3° *Le suicide.*

4° *Les fugues.*

Enfin il y a des symptômes qu'on doit reconnaître en passant ou qu'on peut interroger directement.

Les idées délirantes.

Les hallucinations.

Les troubles du sommeil.

On trouvera dans tous les ouvrages classiques la liste et la description de ces différents troubles. Empruntons en outre à titre d'exemple au livre de M. Chaslin quelques-unes des questions qu'il recommande :

a) *Idées de persécution.*

— Vous avez des ennemis qui vous ont joué un tour ?

— (Ou bien). Est-ce que vous soupçonnez quelqu'un de vous avoir fait enfermer ?

— Est-ce que depuis longtemps vous aviez remarqué quelque chose de particulier dans l'attitude des personnes dans la rue (ou de telles ou telles personnes) ?

— Est-ce (donc) qu'il y a des gens qui vous en veulent ?

— Est-ce qu'on (ou telle ou telle personne) vous a dit des injures ?

— Est-ce qu'on a essayé de vous nuire en vous électrisant la nuit, en vous lançant des courants avec des appareils spéciaux ?

— Est-ce qu'on a essayé de vous empoisonner ?

— Qu'est-ce qu'on (ou ils ou elles) vous ont dit ?

— Qu'est-ce que vous entendez ?

— Des coups de fusil, de revolver? etc... Des bruits, des cris, des injures, des menaces, etc...

— Quand ? (la nuit, le jour).

— Depuis quand ?
— Où (dans la rue, chez vous, ici, etc...) ?
— Sont-ce des dialogues, des conversations ?
— Sont-ce des voix d'homme ou de femme ?
— A voix haute, basse ?
— Loin, près ?
— D'où partent ces voix ?
— Comment arrivent-elles jusqu'à vous ?
— Répètent-elles ce que vous pensez ?
— Est-ce qu'on vous prend votre pensée ? etc...
— Qu'est-ce qu'on vous fait ?
— A-t-on mis quelque chose dans vos aliments ?
— Vous lance-t-on de mauvaises odeurs ?
— Qui fait tout cela ?
— Pourquoi vous fait-on tout cela ?
— Est-ce que personne ne prend votre défense ? n'intervient pas contre vos ennemis ? en faisant quoi, où, quand, etc...?

b) Idées de grandeur.

— Est-ce que vous seriez appelé à une haute destinée (et c'est pour cela que vous avez des ennemis) ?
— Etes-vous chargé d'une mission ?
Etc., etc.

c) Idées d'auto-accusation, de déchéance, de ruine.

— Est-ce que vous avez quelque chose à vous reprocher ? Avez-vous commis une faute ?
— Quelle ? (faire détailler)
— Où, quand, comment ?
— Pourquoi ?
— Que va-t-il vous arriver ?
— Craignez-vous un châtiment ?
— Lequel ?
— Où, quand, comment, etc.
— Etes-vous déshonoré, indigne, ruiné, perdu ?
— Avez-vous causé la ruine des vôtres, etc.... etc.

d) Idées hypochondriaques.

— Etes-vous bien portant?

— Votre estomac, intestin, cœur, etc., fonctionne-t-il bien? Votre intestin n'est pas touché? etc.

e) Idées mystiques.

— Avez-vous vu Dieu — J.-Ch. — le diable, la vierge, tel ou tel saint?

— Où,quand, comment?

— Vous a-t-il (elle) dit quelque chose?

— Avez-vous entendu une voix céleste?

Etc.

f) Sommeil.

Comment se comporte-t-il la nuit?

Rêves.

Bavardage nocturne.

Etc.

C'est donc un examen comme pour un malade ordinaire? Oui, avec deux particularités:

1° La situation du malade peut rendre l'interrogatoire malaisé: sur la façon de conduire celui-ci, nous renvoyons aux conseils donnés dans les ouvrages classiques; mais nous insistons sur ce point: qu'il est nécessaire de poser toutes les questions que nous avons indiquées;

2° C'est un interrogatoire dans lequel l'intérêt n'est pas seulement dans les renseignements obtenus du malade, mais dans la manière même dont ses réponses sont données. Il faudra donc mentionner dans l'observation, non seulement les réponses obtenues, mais la diffi-

culté à les obtenir, les attitudes, les rires, les pleurs, les colères qu'elles peuvent provoquer ou l'indifférences dans laquelle elles tombent, etc.., etc.

C'est cette prise extrêmement minutieuse d'interrogatoire qui constituera le document essentiel de l'observation.

5° Interrogatoire des parents

Une première précaution : ne convoquons qu'une personne, la femme du malade par exemple, ou sa mère, mais n'essayons pas si possible de les interroger toutes deux ensemble. Un interrogatoire à trois, quatre ou cinq personnes, peut être extrêmement difficile et confus. Il est préférable de voir la femme et la mère en deux séances distinctes.

On ne peut guère penser d'ailleurs de toutes façons pouvoir recueillir en une seule fois, tous les renseignements utiles. D'abord, il y en a beaucoup à demander. Puis, si vous réfléchissez à votre malade, il vous vient des curiosités, et des doutes, d'où la nécéssité de faire après coup préciser de nouveau certains détails. Enfin, les aveux ne se complètent souvent qu'au fur et à mesure que s'éveille la confiance dans l'intérêt du médecin. En somme, l'interrogatoire des parents n'est pas un interrogatoire unique, c'est une série d'interrogatoires qu'on doit retrouver dans l'observation, et qui se groupent chacun sous leurs dates respectives dans la chemise qui leur est réservée. C'est une série de documents où les mêmes questions se retrouvent plusieurs fois, mais ce n'est souvent que du rapprochement des réponses quant aux antécédents héréditaires par exem-

ple, qu'on pourra juger de leur valeur véritable, en dégager un fait d'une utile précision.

On a proposé bien des plans pour cet interrogatoire des parents. On peut suivre à peu près le même plan que nous avons indiqué pour l'interrogatoire de l'aliéné lui-même ; mais il n'y a plus évidemment ici que les renseignements eux-mêmes qui sont utiles à noter et non pas la forme des réponses.

6° Notes diverses

L'observation d'un malade ne peut être considérée comme terminée parce qu'on est resté quelques heures avec lui. Il convient, dans la suite, sans tenir avec lui une conversation aussi longue qu'on l'avait fait une première fois, de relever, au cours de l'évolution de sa maladie, les divers symptômes dont on peut être témoin, les réponses significatives qu'on peut recueillir à la contre-visite, les actes de violence qu'on peut observer, etc.

On notera donc sur un calepin ces divers incidents et on les collationnera dans le dossier du malade.

Dans beaucoup d'asiles, il existe dans ce but un fichier où chaque malade a une feuille ; les feuilles sont classées par ordre alphabétique, rien n'est donc plus facile que de trouver celle qui correspond au malade devant lequel on passe.

La réunion de tous ces documents constitue, à notre avis, le travail essentiel de l'interne de garde. Ce sont les éléments indiscutables d'après lesquels il va maintenant rédiger une observation méthodique.

Mais, son inexpérience rendrait-elle cette rédaction insuffisante et plus ou moins erronée pendant les premiers mois de son exercice, du moins, les documents dont nous venons de parler permettront de contrôler la valeur de ses conclusions.

II. — Rédaction de l'observation

Nous ferons à ce sujet trois ordres de remarques :

1° Il est de règle de faire cette rédaction après l'observation directe du malade. On la complètera pour cela par l'examen du dossier et par les premières notes prises par les infirmiers.

Ajoutons qu'il conviendrait de joindre à cette première rédaction, des rédactions ultérieures destinées à résumer les périodes de la maladie dont on est témoin à l'asile. Tous les trois ou six mois on rédigera donc les autres notes qu'on aura pu prendre au cours du séjour du malade : les détails de sa maladie qu'il peut laisser échapper dans ses lettres, les maladies incidentes qu'il aura pu présenter, les traitements qu'on lui aura fait suivre, etc., tout cela afin de reconstituer un tableau morbide précis.

Il va de soi qu'à la mort du malade le résultat de son autopsie viendra compléter son histoire.

2° On peut se proposer de présenter un malade à un auditoire et en le faisant autant que possible revivre. Dans ce cas on se bornera à raconter ses antécédents, son histoire personnelle, et les évènements extérieurs qui ont marqué l'éclosion de l'aliénation. C'est une

rédaction toute littéraire qui n'a sa raison d'être que dans certaines conditions dont nous ne parlerons pas ici.

3° Le genre de rédaction le plus habituel consiste à présenter les faits au point de vue très spécial d'un diagnostic à établir. On reprend donc les uns après les autres les divers symptômes qu'on a pu constater ; on reconstitue l'évolution de la maladie ; on dégage enfin des renseignements qu'on a pu recueillir les causes soit accidentelles, soit profondes.

CHAPITRE III

SERVICE DE GARDE ET PRESCRIPTIONS MÉDICALES. ALIMENTATION ARTIFICIELLE

Ne mentionnons qu'en passant, en ce qui concerne l'administration de certaines médications, l'obligation pour l'interne de les appliquer lui-même : on comprend trop aisément le danger de laisser entre les mains des infirmiers l'usage d'hypnotiques, tels que l'hyoscine par exemple, dont ils auraient tendance à abuser ; en évitera de même de laisser à leurs soins les injections de morphine : outre qu'ils peuvent céder trop facilement aux demandes réitérées d'un morphinomane en traitement, il arrive trop souvent aussi qu'eux-mêmes succombent à la tentation de se morphiniser.

Nous nous étendrons davantage sur l'alimentation artificielle et citerons *in extenso* l'article suivant de notre maître M. le docteur Simon, emprunté au journal *La Clinique* du 7 décembre 1906 :

L'alimentation artificielle rencontre d'habitude une

opposition plus ou moins grande. On peut voir quelquefois un malade, qui refuse de s'alimenter, préparer et avaler lui-même sa sonde comme un malade de l'estomac pratique son lavage ; mais il faut reconnaître que c'est exceptionnel. Chez quelques malades atteints de stupeur également, le passage de la sonde ne rencontre pas d'obstacle ; ils subissent l'opération sans un mouvement du visage. Dans les autres cas, il faut y procéder malgré l'aliéné, et par conséquent le maintenir pendant le cathétérisme. On le placera sur un lit de milieu, dans le décubitus dorsal, la tête soulevée par le traversin et un oreiller. Un infirmier, placé à la tête du lit, fixera la tête du malade des paumes de ses deux mains appliquées sur les tempes, un peu comme on tient un enfant dont on veut examiner la gorge. Deux autres personnes de chaque côté du lit maintiennent les membres. Cette contention ne dure, bien entendu, que le temps de l'opération. Vous placez sous le menton du malade une alèze ou un drap pour protéger le lit.

Deux voies s'ouvrent alors à vous : la bouche ou les narines. Voyons d'abord la première.

Elle exige naturellement l'ouverture des mâchoires, premier temps souvent difficile. Les dents, les lèvres, sont maintenues serrées avec force. Chez les hommes, il vous faudra souvent, pour triompher de la résistance, faire usage d'un ouvre-bouche chirurgical. Vous le remplacez ensuite en introduisant entre les dents un morceau de bois suffisamment épais revêtu de caoutchouc ou simplement d'un linge. Veillez, en l'appliquant, à ne pas pincer les lèvres entre lui et les dents, ce qui est douloureux, et peut être l'origine d'une plaie, légère sans doute, mais qui se rouvrira presque fatalement à chaque tentative. Chez les femmes, il suffit générale-

ment d'attendre que la fatigue relâche les muscles, ou d'introduire entre les dents le manche d'une cuiller.

Le liquide de la sonde a été, bien entendu, préparé d'avance ; nous dirons tout à l'heure sa quantité et sa composition. La sonde de Debove est à votre portée, dans de l'eau bouillie, car elle va mieux glisser, étant humide, dans ce gosier souvent desséché. Vous donnez le coin introduit entre les dents, de préférence dans l'angle gauche, à quelqu'un de confiance qui va le maintenir en place en prenant point d'appui sur le menton, et vous vous placez au droit de l'épaule droite du malade, l'infirmier qui tient le bras s'effaçant un peu pour ne pas gêner vos mouvements. Vous n'avez parfois qu'à pousser la sonde sur la langue pour qu'elle pénètre dans l'œsophage.

Il n'en est pas toujours ainsi. Certains malades ont une langue particulièrement puissante, l'appliquent contre leur palais, repoussent par des mouvements incessants la sonde que vous voulez introduire. Il vous faut alors mettre l'index gauche dans la bouche. abaisser fortement la base de la langue, faire glisser la sonde le long de votre doigt. Vous voyez l'utilité du coin de bois: il va empêcher non seulement que la sonde en caoutchouc ne soit coupée d'un vigoureux coup de dent et avalée, mais aussi que votre doigt ne soit blessé pendant cette manœuvre.

La sonde a passé l'isthme et continue sa descente. Est-elle dans la bonne voie? Je vous assure que souvent vous êtes un moment hésitant à ce sujet. Sous l'influence des efforts surhumains qu'il fait parfois pour repousser ce poison qu'il prétend qu'on lui impose, le malade se cyanose, toute la face est bleuâtre, la respiration est suspendue par une contrac-

tion énergique qui interrompt également la circulation de retour. Le malade fait-il malgré tout quelques inspirations, elles sont suffisantes pour faire disparaître d'emblée l'asphyxie. Réfléchissez cependant que la sonde de Debove est grosse et pénétrerait difficilement dans la glotte, que celle-ci est peu éloignée et que vous avez enfoncé la sonde profondément, et puis, si la situation vous paraît suspecte, il n'y a point péril en la demeure, vous pouvez attendre avant de verser le liquide, le danger de le faire pénétrer dans les bronches étant beaucoup plus grand que celui d'y laisser quelques instants une sonde creuse. Si la respiration se régularise, si le malade pousse un cri ou prononce quelques paroles sans que sa voix soit modifiée, vous pourrez être assuré d'être en bonne place. Maintenant, la sonde d'une main, vous faites verser le liquide tiède dans l'entonnoir et l'élevez un peu au-dessus du plan du lit.

Si vous passez par le nez, vous avez en moins la résistance des dents, mais le danger de fausses routes laryngées est plus grand. D'abord la hauteur où la sonde se coude est une première raison qui en dirige ensuite l'extrémité au-dessus de l'épiglotte. D'autre part, on fait souvent usage alors d'une sonde dont le diamètre ne dépasse pas celui des grosses sondes uréthrales ; son passage entre les lèvres glottiques est par suite plus aisé. Peut-être pensez-vous qu'à son contact une toux réflexe va manifester sa présence. Point toujours, loin de là : chez les stupides dont j'ai parlé déjà, à respiration très superficielle, vous descendrez la sonde dans la trachée sans remarquer le moindre changement. Redoublez donc de prudence, ne vous pressez point. Utilisez la sonde la plus volumineuse que vous pourrez passer. Vous

serez surpris qu'un diamètre de 7 mm. et même davantage n'effraie point une narine ni le cornet inférieur. Mais ne croyons pas non plus que vous passerez toujours ainsi avec facilité. Nombre de malades d'un coup adroit de la base de la langue transforment votre sonde en sonde de Belloc et vous en font resssortir l'extrémité entre les dents. Retirez-la et recommencez. Mais arrêtez-vous au premier obstacle, puis, dès qu'il cède, poussez vivement : il vous faut passer par surprise.

Tout le liquide est descendu dans l'estomac. Une dernière précaution est à prendre en retirant la sonde. Du liquide peut en effet être encore dans le tube. Vous retirez. Il coule tout le long de l'œsophage. Il coule encore quand vous passez à l'orifice du larynx. Si le malade inspire au même instant, il va en passer quelques gouttes dans les bronches qui pourront être l'origine d'une broncho-pneumonie alimentaire, complication fréquente de l'alimentation artificielle. Ayons donc soin, en retirant la sonde, de la pincer fortement entre les doigts, afin, s'il reste du liquide, qu'il ne puisse pas s'échapper pendant le retrait.

Reste enfin à signaler une dernière complication. Des vomissements peuvent survenir pendant le sondage même ou après. La projection d'eau au visage, principalement sur les yeux, par l'infirmier qui maintient l'ouvre-bouche, attentif aux premiers efforts, peut les empêcher grâce au réflexe de défense qu'elle provoque. S'ils se produisent cependant pendant le sondage, les liquides de vommissement affluent dans la bouche, le malade, gêné par la sonde, a de la difficulté à les expulser ; ils stagnent dans l'arrière-gorge ; vous avez à craindre qu'une brusque inspiration en entraîne dans les voies pulmonaires. Asseyez de suite le malade. La même

pratique peut prévenir les vomissements consécutifs. Ceux-ci, souvent provoqués par le malade lui-même, exigent d'ailleurs sa surveillance pendant un temps plus ou moins long. Enfin, malgré toutes les précautions que vous pouvez prendre, les vomissements se répètent cependant parfois au point que vous vous demandez si l'alimentation artificielle n'est pas inutile. Eh bien, la plupart du temps, ils ne sont que partiels, il reste du liquide que vous avez introduit ; ne renoncez donc pas à la seule pratique utile pour soutenir votre malade.

Il faut pratiquer deux sondages par jour, de préférence aux heures des principaux repas. Vous verrez quelquefois ne faire qu'une seule alimentation. C'est une pratique défectueuse. Outre que vous placez le malade dans des conditions tout à fait anormales dont nous ignorons le retentissement, il faut considérer que vous devez introduire ainsi une certaine valeur nutritive et aussi une assez grande quantité de boisson, car ces malades ne boivent pas plus qu'ils ne mangent. En ne pratiquant qu'une alimentation, ou elle sera insuffisante, ou elle va par son abondance distendre brusquement l'estomac.

Il va de soi que le lait est, dans ces conditions, la base du régime, 750 grammes par sonde, un litre au maximum. Des jaunes d'œufs battus, 4, 6 ou 8, ajouteront à sa valeur nutritive. Vous pouvez y joindre de la purée de lentilles, du sucre ou tout autre produit alimentaire qui ne risque pas d'obstruer la sonde ; voire du jus de viande si vous le jugez à propos. Je le répète d'ailleurs : vous surveillez votre malade avec la balance.

Vous utilisez enfin les sondes pour faire prendre les médicaments que vous jugez utiles : bromure, quinine, sulfate de soude, etc.

N'oubliez pas, par exemple, que l'alimentation artificielle n'est jamais qu'un pis-aller. Ne négligez par conséquent pas d'inviter fréquemment le malade à s'alimenter de nouveau ; ne pratiquez pas le sondage d'une façon automatique qui accoutume le malade à l'accepter de même. Certains cependant doivent être alimentés ainsi pendant plusieurs mois. Votre persistance seule peut leur permettre de faire les frais d'un délire mélancolique passager, et vous éviter de rester « spectateurs désolés d'une agonie longue et affreuse ».

CHAPITRE IV

CONSTATATION DES DÉCÈS

Il peut paraître étrange que nous consacrions une tête de chapitre spéciale à ce sujet. Il semble en effet que la constatation des décès n'ait rien de spécial à l'asile, puisque dans les hôpitaux également aucun corps n'est enlevé avant que la mort ne soit dûment constatée. La raison de cette constatation dans les hôpitaux est la nécessité de s'assurer qu'on n'est pas en présence d'un état de léthargie ou de mort apparente.

Les internes qui entrent en fonctions dans un asile s'imaginent volontiers que le motif de cette prescription est de même ordre dans ces établissements. Il est assez naturel de penser que les risques à cet égard sont en effet un peu plus grands étant donné les phénomènes de catalepsie qu'on peut observer chez les aliénés. Toutefois le danger d'erreur reste très limité. Il en résulte trop souvent que les internes signent les permis sans

aller contrôler directement la mort. Nous pensons qu'ils n'agiraient point de même, s'ils connaissaient d'autres motifs de la conduite qui est ainsi recommandée.

L'article 66 du Règlement de 1857 porte qu'ils doivent non seulement constater la mort, mais se rendre compte à cette occasion de l'état extérieur du corps. En d'autres termes, ils doivent non seulement constater la mort, mais chercher à reconnaître si elle est bien de cause naturelle. Il est à craindre par exemple qu'ils soient amenés à constater le décès d'un malade qui s'est suicidé, mais dont le suicide aura passé inaperçu du personnel. Tel malade aura par exemple pendant la nuit avalé une éponge et on le trouve mort au matin sans que nul ait été prévenu, ou, chose encore plus grave, le suicide peut avoir été dissimulé par des infirmiers coupables de négligence et désireux de le voir passer inaperçu. L'interne de service aura donc soin de faire découvrir le cou du malade afin de s'assurer qu'il ne porte pas de traces de strangulation ou de pendaison, il découvrira également la région précordiale et s'enquerra, d'une manière générale, de toutes marques suspectes.

Enfin des infirmiers peuvent se livrer sur des malades à des brutalités capables de provoquer la mort. On n'oubliera pas de s'assurer que le malade ne porte aucune trace de coups.

CONCLUSIONS

Nous venons de commenter les prescriptions du Règlement de 1857. Nous croirions être incomplets si nous n'y ajoutions une dernière considération.

Le Règlement de 1857 ne pouvait en effet envisager que les obligations purement professionnelles. Il ne parle pas, et ne pouvait pas parler des devoirs moraux de la charge d'interne. Des qualités de tenue et de correction y sont naturellement exigibles ; mais il importe d'ajouter que ces qualités prennent, dans un asile une importance particulièrement grande. A l'asile, beaucoup plus qu'à l'hôpital, l'interne devient le protecteur du malade et le collaborateur du médecin dans la surveillance du personnel secondaire.

Il aura donc à observer vis-à-vis de ce dernier une réserve spéciale, car il peut par sa seule attitude, et bien que n'exerçant aucune sanction, obtenir pour les malades tous les égards auxquels ils ont droit.

BIBLIOGRAPHIE

Ball. — Leçons sur les maladies mentales (Paris, 1880, 6e et 19e leçons).

Chaslin. — Eléments de sémiologie et clinique mentales, p. 851 et suivantes.

Cullerre.—Traité pratique des maladies mentales, Paris, Baillière, 1894, p. 42 à 111.

Dagonet. — Traité des maladies mentales, Paris, Baillière, 1894, p. 39 à 202.

Ellis (W.-C.). — Traité de l'aliénation mentale. Traduction Archambault, p. 143 à 198.

Esquirol. — Des maladies mentales, Paris, 1838, t. I, p. 1 à 225, p. 336.

Falret (Jules). — Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, 1890.

Falret (J.-P.). — Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, Paris, 1864, p. 105 et suivantes.

Gilbert Ballet. — Traité de pathologie mentale, Paris, 1903, p. 65 à 272 et p. 1363 à 1590.

Guislain. — Leçons orales sur les phrénopathies, t. I, p. 11 à 42, 2e édition, Gand-Paris, 1880.

Griesinger. — Traité des maladies mentales. Traduction Doumic, Paris, Delahaye, 1865.

Krafft-Ebing. — Traité clinique de psychiatrie. Traduction Laurent, Paris, 1897.

Kéraval. — La pratique de la médecine mentale. Paris 1901, p. 13 à 70.

Législation sur les aliénés et les enfants assistés, Paris, Berger-Levrault, 1884, t. I, p. 173.

Marcé. — Traité pratique des maladies mentales, p. 57 à 77.

Morel. — Etudes cliniques sur les maladies mentales, Paris-Nancy, 1853.

— Traité des maladies mentales, 1860, p. 273 à 513.

Pinel. — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, Paris, 1809, p. 55 et suivantes.

Rémond (A.). — Précis des maladies mentales, p. 16 et suivantes.

Régis. — Précis de psychiatrie, 3e édition, Paris, p. 816 et suivantes.

Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris, 1895.

Simon. — L'aliéné, l'asile, l'infirmier, Paris, Bougault, 1910.

Schule. — Traité clinique des maladies mentales. Traduction Dagonet, Paris, 1888.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 4 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 4 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE